



JUSTINO AFONSO CUADROS NOBLE

**AVALIAÇÃO DA INÉRCIA TERAPÊUTICA NA PRESCRIÇÃO DE
PSICOTRÓPICOS E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL EM UNIDADE DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016



JUSTINO AFONSO CUADROS NOBLE

**AVALIAÇÃO DA INÉRCIA TERAPÊUTICA NA PRESCRIÇÃO DE
PSICOTRÓPICOS E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL EM UNIDADE DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família
apresentado à Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre -
UFCSPA como requisito indispensável para a
conclusão do curso.

Orientador: Eder de Mattos Berg

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Psiquiatria, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	11
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	13
REFERÊNCIAS	14

1. INTRODUÇÃO

“[...] é muito mais importante saber que tipo de paciente tem a doença do que o tipo de doença que o paciente tem.”(Osler, William)

Ser médico, no meu caso, foi uma escolha de percurso. Cresci em uma família com poucos, mas tenazes exemplos de que o estudo e a ciência ainda são o melhor, quiça o único, caminho para o crescimento pessoal e social. Em 2006, após algumas tentativas de passar no concorrido vestibular de medicina, logrei êxito no vestibular de inverno da Universidade Federal Pelotas e dei início ao estudo da ciência e, o que eu descobriria mais tarde, da arte da medicina. O Brasil possui excelentes universidades e escolas de medicina, cada qual com seus pontos positivos e negativos. Tive o prazer e a sorte de realizar minha formação na Faculdade de Medicina da UFPel, essa escola é conhecida por sua ênfase em ensino médico humanizado e nos aspectos psicossociais do exercício da medicina, daí o motivo de eu ter iniciado essa apresentação com a frase de William Osler.

Terminei minha graduação em 2012 e logo iniciei a trabalhar na rede pública, meu primeiro trabalho foi na cidade de Lajeado-RS onde trabalhei como médico de Estratégia de Saúde da Família por um ano, muitos eram os desafios de morar no interior do Estado e de exercer a medicina aprendida nos bancos da faculdade. Um vínculo empregatício frágil e questões pessoais me fizeram sair da medicina de comunidade e passei a trabalhar como plantonista prestando serviços nas mais diversas instituições da região metropolitana de Porto Alegre. Em 2015 após toda a polêmica em torno do Programa Mais Médicos, com todas suas falhas e carências, decidi ingressar no programa, encarei como uma oportunidade de aprendizado e relativa segurança embora persista a precariedade do vínculo empregatício.

Atualmente atuo como médico de família e comunidade pelo Programa Mais Médicos na cidade de São Sebastião do Caí, município com 22.270 habitantes, no vale do rio Caí, a 60 quilômetros de Porto Alegre. A economia de São Sebastião do Caí, é baseada principalmente na agricultura e indústria. A população é composta por 48,9% de homens e 51,1% de mulheres. 6% tem menos de cinco anos de idade e 12,6% tem mais de 60 anos. 79,06% moram na zona urbana e 20,94% na zona rural.

A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 60 e 69 anos. A esperança de vida ao nascer é de

75,4 para mulheres e de 74,6 para homens. Quanto à escolaridade, temos cerca de 4,3 % de pessoas analfabetas. A cidade conta com 12 bairros e área rural, sendo que apenas 05 bairros contam com estruturas de ESF, algumas bem recentes. Há um museu pouco visitado e um campus avançado da Universidade de Caxias do Sul. Em relação à estrutura de saúde, temos 14 Unidades Sanitárias.

O município possui um hospital filantrópico com 80 leitos, administrado pela igreja católica e que recebe recursos do SUS através de um convênio com a secretaria municipal de saúde, porém há pouca resolutividade nesse hospital visto que grande parte dos pacientes que necessitam de algum atendimento terciário são enviados ao Hospital regional de Montenegro ou para hospitais de Porto Alegre.

As causas de internação mais frequentes são: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório. Quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: a) doenças do aparelho circulatório;(b) causas externas; C) doenças neoplásicas.

O bairro onde atuo, São Martim, é o bairro mais recente, criou-se a partir da invasão de uma área verde e encontra-se na divisa com os municípios de Portão e Capela de Santana, possui uma população estimada de 7 mil habitantes. A população é, em sua maioria, jovem e reflete a realidade de um Brasil da década de 70/80 onde as doenças infecto-contagiosas eram muito prevalentes. Também se percebe uma grande demanda de pacientes com lesões por esforço repetitivo, visto que, a maioria dos trabalhadores exerce atividade na área de indústria frigorífica e calçadista.

O bairro possui uma escola de ensino fundamental e uma escola de ensino médio em construção. Possui baixa infraestrutura de saneamento e o planejamento urbano se resume a pavimentação de algumas ruas que se formaram da ocupação desordenada, sendo que a grande maioria da área não possui pavimentação. Assim talvez seja o bairro com os piores índices socioeconômicos. As dificuldades sociais enfrentadas pela população do bairro São Martim refletem na alta prevalência de doenças e sintomas relacionadas ao sofrimento psíquico. Motivo pelo qual baseei meu projeto de intervenção em possíveis melhoras no atendimento dessa demanda.

Esse projeto de intervenção visa identificar fatores associados a inércia terapêutica no que concerne ao tratamento de patologias psiquiátricas em unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente aqueles relacionados a inércia prescritiva de psicofármacos.

A literatura demonstra que as patologias psiquiátricas são altamente prevalentes em todas as faixas etárias e estratos sociais cabendo muitas vezes ao médico de família a identificação, tratamento e manutenção dos agravos decorrentes das doenças psiquiátricas. Neste estudo espera-se identificar, analisar e propor estratégias que contribuam para qualificar o atendimento à demanda psiquiátrica nas ESFs do município. Por meio de metodologia que inclui a aplicação de questionário qualitativo aos profissionais prescritores, pretende-se a elaborar um panorama mais acurado sobre a prescrição e manutenção de psicotrópicos na ESF.

O projeto de intervenção constará integralmente nos anexos deste portfólio e pretende-se que ele seja o foco na apresentação do trabalho de conclusão deste curso.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Estudo de caso complexo na unidade de Saúde ESF Sao Martim -São Sebastião do Cai-RS. Os desafios do trabalho médico e de toda equipe de saúde no Sistema Único de Saúde são inúmeros, com o sistema centrado na atenção básica é essencial que os profissionais estejam capacitados para reconhecer, tratar e prevenir as doenças mais prevalentes e seus agravos nas comunidades onde estão inseridos.

Para esse relato escolhi expor a história da paciente Maria da Silva, uma usuária da unidade e moradora do bairro há mais de 20 anos. A senhora Maria da Silva é uma mulher de 72 anos de idade, casada com o senhor João da Silva, 78 anos, e mãe de 08 filhos. Reside em casa de alvenaria com água encanada e esgoto a céu aberto, em área de vulnerabilidade social no município.

Atualmente mora apenas com o esposo, João, pois seus filhos casaram e foram morar em outras localidades e cidades na região. A filha mais próxima reside em São Leopoldo, a 20 km de distancia e visita a mãe ocasionalmente a cada 2 ou 3 meses.

Os demais filhos visitam os pais anualmente pois moram mais distantes e possuem dificuldades financeiras. Dona Maria apresenta diagnóstico de Diabetes mellitus 2 há 10 anos bem como hipertensão arterial sistêmica. A paciente relata que ao ser diagnosticada aos 60 anos de idade acreditava tratar-se de “erro do médico” pois quase nunca ingeria doces e por esse motivo não aderiu as condutas de dieta e

tratamento farmacológico inicialmente propostos, afinal como a própria paciente relata “ eu nunca sentia nada e achava que diabetes deixava a pessoa com tontura”.

Por 05 anos dona Maria permaneceu em acompanhamento clínico com o médico clínico geral que atuava na UBS, que havia referenciado a paciente ao endocrinologista devido as dificuldades no controle das doenças da paciente. Dona Maria sempre comparecia as consultas sozinhas e ao ser questionada sobre a família relatava que seus filhos não tinham tempo para dar atenção ou acompanhá-la nas consultas e seu marido achava “bobagem estar indo toda hora no médico”. A paciente foi avaliada pelo endocrinologista em hospital da região metropolitana de Porto Alegre sendo-lhe indicado o uso de insulina, visto que a doença estava avançada e causando danos em órgãos alvos, especialmente as retinas que já apresentavam retinopatia diabética e hipertensiva.

Minha primeira consulta com dona Maria deu-se em julho de 2015, inicialmente mostrei-me surpreso com o estágio da doença e com a forma peculiar de tratamento que a paciente realizava, já que, apesar de aceitar realizar o tratamento com insulina pois temia a cegueira completa, Dona Maria não conseguia realizar a auto aplicação de insulina devido ao déficit visual e cognitivo. Como a paciente residia apenas com o marido que também não se dispusera a realizar as aplicações, combinou-se entre a paciente e as técnicas de enfermagem da unidade que a paciente iria realizar as aplicações de insulina na UBS, duas vezes ao dia pela manhã e a noite. No entanto aos finais de semana a paciente não tinha como realizar as aplicações e permanecia sem tratamento aos sábados e domingos.

Interessante refletir que muitas vezes na ânsia de ajudar nossos pacientes cometemos verdadeiras idiosincrasias. Percebo que a intenção da equipe era de ajudar a paciente o máximo possível pois a mesma apresenta grande vulnerabilidade social e insuficiência familiar, no entanto o resultado dessa ajuda estava prejudicando a paciente, uma vez que a mesma não estava realizando o tratamento corretamente e sobrecarregava a equipe com uma responsabilidade aquém das suas prerrogativas.

Diante de tal situação, deu-se a necessidade de reestruturar o tratamento e os cuidados com a paciente. Como medida inicial convocamos a assistência social e realizar visita diagnóstica e solicitar aos familiares que tomassem conhecimento e parte do tratamento da paciente. Após essa convocação, apresentou-se na unidade a filha da paciente, que inicialmente apresentava-se apreensiva e preocupada com a ameaça de ver o caso levado instâncias judiciais, devido ao mesmo configurar-se

como Abandono de idoso. Porém após uma breve conversa percebeu que tentávamos apenas ajudar dona Maria.

A filha da paciente comprometeu-se a supervisioná-la e conversar com os demais irmãos para estabelecer uma forma de cuidados da paciente. Combinou-se da paciente realizar os exames de rotina para ajustarmos o tratamento das patologias, realizar avaliação oftalmológica e retornar para reavaliação do caso. Na ESF discutimos o caso na reunião de equipe, várias dúvidas sobre o tratamento do diabetes e da questão de insuficiência familiar surgiram, de modo que decidi realizar uma revisão de literatura sobre esses temas.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Dentre os casos apresentados nessa fase dos estudos de casos complexos, optei por eleger a situação da promoção da saúde mental. A ESF São Martim está situada em um bairro de extrema vulnerabilidade social no município de São Sebastião do Caí e os agravos correspondentes a saúde mental são uma parte importante da demanda de atendimento na unidade. Segundo dados do E-SUS no mês de março de 2016 dos 438 atendimentos realizados na unidade, entre eles enfermagem, acolhimento e consulta médica, 37% eram referentes a saúde mental.

Diante desta realidade é urgente que os profissionais da unidade estejam qualificados para atuar na promoção e prevenção dos agravos em saúde mental. No espaço físico desta ESF atuam duas equipes, formadas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 3 assistentes administrativos. Na unidade ocorre atendimentos programados na agenda e atendimentos de demanda espontânea.

Conforme relatado as doenças psiquiátricas são muito prevalentes na área, o município não conta com dados de prevalência, porém segundo o relatório do sistema de prontuário eletrônico nos últimos 6 meses 43% dos pacientes receberam um diagnóstico de transtorno mental segundo o CID 10. É pensando essa realidade que se busca meios de manejar os pacientes com transtorno psiquiátrico no âmbito da atenção primária, evitando-se assim o encaminhamento excessivo ao Centro de Atenção Psicossocial do município bem como os agravos decorrentes na demora do diagnóstico e início do tratamento.

Em minha prática na unidade tenho notado que muitas vezes nós profissionais ficamos inseguros em “fechar” um diagnóstico, visto que, muitas vezes, isso implica em prescrever e acompanhar o uso de psicotrópicos. Frequentemente o clínico geral ou o médico de família acaba relegando a investigação diagnóstica ao psiquiatra devida a essa insegurança. Assim creio que estratégias como o treinamento das equipes ESFs na utilização de instrumentos de rastreio e diagnóstico em psiquiatria revela-se como uma estratégia essencial no empoderamento científico desses profissionais.

Em especial cito o M.I.N.I. (Mental International Neuropsychiatric Interview), um instrumento de fácil aplicação e que em validações mostrou-se eficaz em melhorar a precisão do diagnóstico e a adequação da escolha terapêutica em atenção primária e em psiquiatria. O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas). A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV.

O MINI e sua versão Plus são adaptados ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representam uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos. O MINI já está disponível em aproximadamente 30 idiomas, incluindo a versão brasileira. Em minha experiência pessoal tenho notado um melhor manejo dos pacientes após a inclusão desse instrumento na minha prática clínica. Também estamos estudando, juntamente com a equipe, estratégias de aproximação com a equipe do CAPS que atualmente está fisicamente e virtualmente afastada da unidade, opções como o sistema de matriciamento e consultoria semanal na unidade têm sido aventadas como estratégias para viabilizar esse acesso.

Caso sejamos bem-sucedidos, desejamos iniciar um grupo de trabalhos manuais e grupos de apoio entre iguais tais como familiares de dependentes químicos, alcoólatras, pacientes experimentando crises vitais bem como pacientes crônicos que podem desenvolver um convívio com a comunidade e dar ressignificado a seus papéis sociais. Essa estratégia de tratamento das patologias psiquiátricas revela que os grupos de ajuda são vistos pelos usuários como uma família, uma casa, um lugar seguro, onde todos convivem com o mesmo problema, ajudam-se mutuamente para

conseguirem se manter em saudáveis e adquirirem força para reconstruir suas famílias e recuperarem a confiança e a dignidade, que ficam comprometidas pelo processo da doença. Percebemos nessa reflexão que a promoção e prevenção de saúde é foco principal da atenção primária, inclusive no que se refere a saúde mental.

Estabelecer rotinas de abordagem ao paciente em sofrimento psíquico é essencial como forma de qualificar a equipe.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Atendimento domiciliar na área de abrangência de ESF no sul do Brasil. A atenção domiciliar ao usuário do SUS representa uma categoria de cuidados em saúde prestada no domicílio e como parte do acompanhamento longitudinal visa promover a saúde, proporcionar a independência do usuário e prevenir agravos à pacientes crônicos e sem perspectivas de cura.

Ao adentrar no domicílio de seus pacientes o profissional tem a oportunidade de vivenciar a realidade psicossocial do usuário, condições de higiene, situação econômica e recursos culturais. Tal conhecimento permite ao profissional promover a integralidade dos cuidados em saúde e atuar para melhorar as condições de vida da família. Na ESF onde exerço meu trabalho, a atenção domiciliar estava organizada através de agenda, ou seja, estava disponível principalmente para pacientes eletivos.

A demanda de atendimento chegava na unidade através dos agentes comunitários de saúde e pedidos de visitas domiciliares eram realizados por familiares de pacientes que se enquadrassem na modalidade de assistência domiciliar.

Esse modelo de atendimento foi foco de amplos debates nas reuniões de equipe uma vez que a decisão pela realização das visitas ficava exclusivamente com o usuário e os agentes comunitários de saúde. O estabelecimento de critérios que incluíssem os pacientes na agenda de atendimento domiciliar não era sistemático e não obedecia a protocolos, esse fato muitas vezes gerou a realização de visitas domiciliares para atendimento de demandas que poderiam ser sanadas na unidade, tais como: fornecimento de receitas e laudos.

Caracterizava-se assim um desvirtuamento da ação que deveria em última análise desenvolver um conjunto de atividade ambulatoriais, programadas e continuadas

desenvolvidas no domicílio. Como forma de restabelecer o propósito da atenção domiciliar foi proposto o monitoramento através uma análise crítica das visitas realizadas, ressaltando cinco pontos principais:

- O paciente possui alguma dificuldade de locomoção ou restrição que o impeça ou dificulte sua chegada no espaço físico da ESF?
- A visita cumpre a missão de promover ações em saúde e prevenir agravos ao doente?
- O usuário necessitou da atenção domiciliar devido a patologia aguda ou crônica?
- Com que frequência será necessário a realização do atendimento domiciliar ao paciente?
- A visita foi solicitada a partir do monitoramento da equipe da ESF ou por solicitação do paciente/familiares/cuidadores?

Ao final de cada visita, o profissional é convidado a responder essas questões e realizar o registro em prontuário dessa análise. A partir dessa reflexão é programado a frequência de visitas futuras, eficácia do monitoramento realizado pela equipe bem como o uso abusivo do recurso pelos usuários. Essa forma de monitoramento mostrou-se mais eficaz do que a adotada anteriormente, já que promove a reflexão a cerca do cuidado prestado e conscientiza os profissionais e usuários a utilizarem racionalmente essa modalidade de atendimento.

Na ESF São Martim, minha equipe realiza as visitas domiciliares uma vez por semana, em turno definido, salvo em casos agudos quando exceções são discutidas com a equipe. A visita nesta unidade, geralmente se dá com a presença do médico e de parte da equipe de enfermagem e tem por intenção o reconhecimento do contexto social, econômico e cultural da família.

Como médico procuro realizar na visita uma consulta domiciliar, de forma que o paciente e a família sintam-se acolhidos em um atendimento técnico, porém humanizado sem que a impossibilidade de comparecer a unidade, seja por restrições físicas ou psicossociais, remeta o paciente a idéia de um cuidado de “segunda classe”. O paciente em atenção domiciliar recebe os mesmos cuidados e deve ter acesso aos

mesmos recursos, incluindo coleta de exames, realização de procedimentos, aos quais teria no espaço físico da unidade.

No entanto, ainda são inúmeros os desafios na qualificação desse cuidado e na ESF São Martim estamos em contínua auto-análise e monitoramento, de forma a levar ao usuário a integralidade em seus cuidados.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Como médico na Atenção Primária no Brasil muitas vezes me deparo com desafios e dilemas presentes no Sistema Único de Saúde. Ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família percebi que esses desafios são compartilhados por todo o Brasil, inúmeras foram as vezes em que me senti conversando com meus pacientes ao ler os casos complexos apresentados, a imersão na realidade da atenção primária foi um ponto muito importante do curso e sentir essa empatia ao analisar os casos me fez estudá-los com mais afinco e responsabilidade, não apenas para resolver tarefas no ambiente virtual mas para solucionar problemas na prática do dia-a-dia na minha ESF.

Como um apaixonado pelo conhecimento gostaria de ter me aprofundado mais em muitos assuntos apresentados durante o curso, no entanto é preciso priorizar as matérias mais pertinentes e prevalentes e, portanto, creio ter me dedicado com afinco ao que foi apresentado durante o curso. Percebo através de mudanças na minha prática de trabalho o quão modificador essa experiência de aprendizado se tornou e o quão importante é estarmos abertos ao aprendizado sem preconceitos e não arraigados ao modelo de ensino médico hospital vigente no Brasil por tantos anos.

Como crítica construtiva, deixo a sugestão de promover mais encontros presenciais durante o curso, momentos esses, onde a interação entre colegas vivenciando as mesmas experiências de trabalho e vida podem enriquecer ainda mais o aprendizado.

REFERÊNCIAS

1. AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet., v.6, n.1, p.63-72, 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
3. CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.33-53.
4. Savassi LCM, Dias MF. Visita domiciliar. Grupos de estudo em saúde da família. <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>
5. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp.
6. Favoreto CAO, Camargo Junior KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. Physis (Rio J.) 2002; 12:59-76.
7. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.
8. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): MS; 2001.
9. SANTOS, É.G. ; SIQUEIRA M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009, 2010.
10. NASTASY, et al, Diretriz abuso e dependencia de Benzodiazepínicos, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.
11. SARACENO, et al, Benedetto; Asioli, Fabrizio; Tognoni, Gianni, Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária / Manual of mental health: basic guide for primary care. São Paulo; HUCITEC; 1994. 83 p. ilus. (Saúdeloucura, 9)

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

JUSTINO AFONSO CUADROS NOBLE

**AVALIAÇÃO DA INÉRCIA TERAPÊUTICA NA PRESCRIÇÃO DE
PSICOTRÓPICOS E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL EM UNIDADE DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016

RESUMO

Este projeto de intervenção visa identificar fatores associados a inércia terapêutica no que concerne ao tratamento de patologias psiquiátricas em unidade de Estratégia de Saúde da Família(ESF) em município na região sul do Brasil, especialmente aqueles relacionados a inércia prescritional de psicofármacos. A literatura demonstra que as patologias psiquiátricas são altamente prevalentes em todas as faixas etárias e estratos sociais cabendo muitas vezes ao médico de família a identificação, tratamento e manutenção dos agravos decorrentes das doenças psiquiátricas. Neste estudo espera-se identificar, analisar e propor estratégias que contribuam para qualificar o atendimento à demanda psiquiátrica nas ESFs do município. Por meio de metodologia que inclui a aplicação de questionário qualitativo aos profissionais prescritores, pretende-se a elaborar um panorama mais acurado sobre a prescrição e manutenção de psicotrópicos na ESF.

Descritores:

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos psicotrópicos recebeu um incremento considerável no último século, principalmente, devido aos avanços científicos, descobertas no funcionamento neuroquímico cerebral e padronização dos sintomas psiquiátricos (AGUIAR, A. A. 2004.). Diante disso o tratamento de doenças como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e dependência química, altamente prevalentes (SANTOS,; SIQUEIRA, 2010.) seria impensável nos dias atuais sem o uso de fármacos. No entanto, o uso de psicotrópicos é fonte de grandes discussões no Brasil onde o consumo dessas substâncias representa um dos maiores do mundo(NASTASY, et al, 2002.). Tímidos esforços têm sido realizados com o intuito de racionalizar a prescrição desses medicamentos.

Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família(ESF) encara o desafio de atender a demanda de doenças psiquiátricas cada vez mais prevalentes e a manutenção de tratamentos psiquiátricos. Absorver essa demanda torna-se mandatário frente ao já lotado sistema dos centros de atenção psicossocial. No município de São Sebastião do Caí, região sul do Brasil, a ESF organiza-se em 05 unidades distribuídas geograficamente por área de abrangência, o município possui aproximadamente 21 mil habitantes e conta com um Centro de Atenção Psicossocial.

De acordo com dados do sistema E-SUS da ESF São Martim, em agosto de 2015, 37 % dos dos atendimentos médicos suportaram algum tipo de diagnóstico de transtorno psiquiátrico classificado pelo CID 10. Muitos dos transtornos psiquiátricos podem e devem ser manejados pelo médico de família (SARACENO, et al, 1994). Sendo necessário a análise critica afim de evitar a inércia terapêutica.

Inércia essa definida como a omissão ou atraso na implementação, manutenção ou retirada de medidas terapêuticas no controle e evolução das patologias (FLORA LÓPES-SIMARRO, 2012). De modo que o tratamento do transtorno psiquiátrico na unidade ESF não constitua uma causa de uso indiscriminado de psicotrópicos. Uma vez que muitos desses fármacos causam dependência, a utilização irracional dos mesmos impacta na saúde nos usuários bem como no orçamento do sistema de saúde (LUCHETTA, 2012).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O presente estudo visa elucidar possíveis causas para a inércia terapêutica na prescrição de psicotrópicos na Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores associados a inércia terapêutica relacionado a prescrição de psicotrópicos;
- Descrever desafios no uso racional de psicotrópicos;
- Sugerir medidas para o uso racional e eficaz de fármacos psicoativos.

REVISÃO DE LITERATURA

A Estratégia Saúde da Família direciona a estrutura organizacional da Atenção Primária no Brasil. Os princípios que regem as ações programáticas desse modelo estão em congruência com a reforma psiquiátrica implementada no Brasil a partir dos anos setenta. Dentre os desafios da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, fugindo aos modelos de assistência asilar manicomial vigente no século passado.

O Manual para Organização da Atenção básica no SUS de 1998, institui a atenção básica como a primeira linha de atenção do sistemas de saúde responsável pela promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento em geral e relativo aos impedimentos físico e mentais(SOUZA, R.R., 2002). A demanda de saúde mental é causa frequente de atendimentos nas ESFs. Tanaka e Ribeiro, 2006 em estudo nas unidades básicas de saúde, evidenciaram que 56% das queixas de saúde nas unidades básicas eram queixas em saúde mental. Apostamente a essa demanda percebe-se um distanciamento entre a atenção básica e os campos da saúde mental, notadamente os Centros de Atenção Psicossocial que encontram-se sufocados pela alta demanda espontânea e referenciada.

Essa alta prevalência propõe que não seria adequado que apenas serviços especializados sejam responsáveis por atender essa demanda. Diante desse quadro é esperado que o médico de família preste os primeiros, e muitas vezes únicos, cuidados aos usuários que procuram as unidades de saúde em busca de alívio do sofrimento psíquico. Pesquisas recentes demonstram que os profissionais de saúde atuantes na Unidade Básica de Saúde referem-se à saúde mental como uma realidade social e cultural de atendimento a demanda de saúde mental voltada ao saber médico e ao uso de medicação como tratamento. Os profissionais de saúde reconhecem as limitações e necessidade de capacitação constante (AOSANI; NUNES; 2013). Nos últimos dez anos verificou-se um aumento considerável do consumo de psicofármacos em todo o mundo.

Os fármacos antidepressivos representam a terceira classe de medicamentos em termos de gastos financeiros e seu uso e prescrição apresentam uma tendência de aumento em quantidade e duração do uso, por períodos muitas vezes além do recomendado na literatura especializada (CADILHES., 2004).

A alta demanda de atendimento em saúde mental aliada ao déficit de qualificação profissional gera insegurança na relação médico-paciente, inabilidade em revisar condutas e prescrições, perdurando ou indicando erradamente o uso de psicofármacos. Ainda que se observe a medicalização da população muitas vezes por tempo excessivo e sem entregar aos usuários informação sobre o uso da medicação, também percebe-se que médicos de família possuem dificuldade em reconhecer doentes com episódios depressivos maiores apesar das altas taxas de prevalência desta condição na população em geral (SIMON, E. G. et al, 1995).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal qualitativo. Pretende-se aplicar em caráter voluntário e mediante consentimento informado, questionário investigativo sobre inércia terapêutica no uso de psicotrópicos na Estratégia de Saúde da Família (ANEXO I) a todos os médicos de ESF do Município de São Sebastião do Cai e posterior análise qualitativa.

PACTUAÇÃO DAS AÇÕES

O presente projeto será apresentado para a equipe da ESF São Martim em reunião semanal e para o gestor municipal e demais unidades em reunião de caráter extraordinária conforme prevê o cronograma de ações. Nessa oportunidade se dará o esclarecimento sobre os objetivos e etapas da pesquisa.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Na segunda quinzena de dezembro de 2015 se iniciará a etapa de aplicação do questionário (ANEXO I), a distribuição do questionário se dará através de busca ativa dos profissionais nas ESF da município e em caráter de adesão voluntária. O

questionário versará sobre questões pertinentes a prescrição de psicofármacos, patologias psiquiátricas e qualificação do médico da ESF.

EXECUÇÃO DAS AÇÕES

A execução das ações se dará a partir de dezembro de 2015 conforme cronograma. O pesquisador aplicará o questionário por meios físicos com posterior tabulação eletrônica no programa EXCEL 2014.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O projeto será avaliado quinzenalmente em reunião de equipe e pelo pesquisador semanalmente. Situações especiais serão discutidas com a equipe e participantes em reunião de caráter extraordinária. Em março de 2016 serão apresentados os resultados na reunião semanal de equipe da ESF.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificação de fatores associados a inércia terapêutica no manejo de psicotrópicos por médicos na ESF;
- Reflexão dos profissionais, equipes e gestores acerca das dificuldades no manejo de psicotrópicos e na ESF;
- Recorte do panorama da saúde mental no município.

CRONOGRAMA

Atividade	Primeira quinzena de dezembro de 2015.	Segunda Quinzena de dezembro de 2015	Fevereiro de 2016	Março de 2016
Apresentação do projeto para gestor municipal e equipes ESF do município.	X			
Aplicação de questionario ANEXO I		X		
Análise dos dados			X	
Apresentação dos resultados ao gestor e equipes de ESF.				X

RECURSOS NECESSÁRIOS

- Computador com acesso a internet em banda larga;
- Folhas sulfite A4 - 150 unidades;
- Impressora a laser;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Participação dos profissionais médicos do município.

RECURSOS HUMANOS

- Médicos voluntários da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Sebastião do Caí.

RESULTADOS

Dos oito profissionais médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família, 6 voluntariamente e anonimamente responderam ao questionário qualitativo apresentado nesta pesquisa. A seguir apresenta-se os principais resultados da análise: 100% dos entrevistados refere atender paciente com alguma demanda em psiquiatria. Desses apenas 33% iniciam algum tratamento medicamentoso quando realiza algum diagnóstico de patologia psiquiátrica e 50% nunca inicia o tratamento na UBS.

Ao serem questionados sobre a revisão e acompanhamento de pacientes já em tratamento para alguma doença psíquica, 66% dos médicos dizem não revisar o diagnóstico na ESF ou mesmo propor ajustes de dose e interrupções do uso de fármacos a esses pacientes. Paradoxalmente a esses dados 66% respondeu sentir-se apto a diagnosticar e tratar patologias psiquiátricas na ESF. Ainda que 88% frequentemente referencie seus pacientes para tratamento em unidades especializadas como os CAPS, 100% dos entrevistados relata nunca ter recebido a contra-referência do especialista a fim de manter o acompanhamento e manutenção do tratamento na UBS.

Ao serem questionados sobre a abordagem multidisciplinar no tratamento da patologia psiquiátrica 100% dos médicos consideram essa estratégia sempre importante. Quanto ao acolhimento do usuário em sofrimento psíquico, 88% dos entrevistados crê que sua equipe de ESF não está bem preparada para atender essa demanda e 100% relata que raramente lhes é ofertado algum tipo de capacitação quanto ao manejo das patologias psiquiátricas mais prevalentes.

DISCUSSÃO

A prevalência dos transtornos psiquiátricos na população adulta no Brasil segundo o estudo de revisão sistemática de 1997 a 2009 realizado por Guimarães et al, varia entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores. Conforme essa revisão, indivíduos na faixa etária de 25-54 anos apresentam maiores índices de transtorno mental e alguns fatores relacionados às condições socioeconômicas, como o desemprego, a baixa escolaridade, o estado civil (divorciado, separado ou viúvo), o sexo, as condições precárias de habitação, o trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo, foram identificados como possíveis determinantes para os altos índices de transtorno mental.

Considerando que esses fatores de risco estão fundamentalmente conectados a condições sócio-econômicas, é fácil inferir que muitos indivíduos em sofrimento psíquico irão recorrer ao sistema público de saúde em busca de tratamento. No Brasil a atenção primária estrutura-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e tem na Estratégia de Saúde da Família seu modelo de atendimento voltado ao indivíduo respeitando as características culturais e sociais da comunidade onde está inserida.

A reforma psiquiátrica implementada no Brasil a partir dos anos setenta está em congruência com esse modelo de atendimento e visa proporcionar ao usuário um tratamento humanizado, integral, resolutivo e que permita ao doente mental receber assistência na realização de seu projeto de vida respeitando suas limitações e enaltecendo seus potenciais. Na análise qualitativa aqui apresentada percebe-se que essa prevalência do transtorno mental é sentida pelo profissional médico ainda que dados de prevalência no município em questão não estejam disponíveis. Ao extrapolarmos a prevalência nacional do transtorno mental, estimamos que pelo menos 20 % da população nas áreas de abrangência da ESF em São Sebastião do Cai sofre de algum transtorno mental.

Essa estimativa tende a aumentar em áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis e remete os profissionais de saúde, conselho de saúde e gestores a necessidade de serem capazes de perceber e empenhar-se em fornecer os cuidados em saúde mental com equidade.

Diante dessa realidade se reconhece que a Estratégia de Saúde da Família deve estar preparada funcionalmente e estruturalmente para acolher o paciente com transtorno mental. Conforme resultados apresentados nesse estudo, apenas 33% dos médicos entrevistados sente-se apto a iniciar o tratamento farmacológico na UBS.

Segundo Fortes 2009, uso de fármacos com eficácia demonstrada em distúrbios psiquiátricos tornou-se disseminado a partir de meados da década de 1950. Hoje, cerca de 10-15% das prescrições feitas nos Estados Unidos são para medicações destinadas a afetar os processos mentais: para sedar, estimular ou, de algum modo, mudar o humor, o raciocínio ou o comportamento. Esta prática reflete tanto a alta frequência de distúrbios psiquiátricos primários quanto à ocorrência de reações emocionais quase inevitáveis em pessoas com doenças clínicas.

Natural, portanto, que o médico de família esteja familiarizado com os transtornos mentais mais prevalentes, métodos diagnósticos e escopo farmacológico disponível para tratamento, sempre atento a medicina baseada em evidências. No entanto, na ESF de São Sebastião do Caí mais da metade dos diagnósticos e tratamentos de transtornos mentais não são revisados pelo médico de família e 88% desses profissionais referenciam o doente mental para unidades especializadas.

Ao analisarmos esses dados concluímos que a única unidade especializada CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do município é incapaz de absorver, acolher, tratar e acompanhar toda a demanda que recebe. Essa incapacidade de suporte é refletida no fato de que todos os entrevistados declararam não receber a contra-referência dos pacientes encaminhados, na frequência necessária. O sistema de referência e contra referência constitui-se na articulação entre os níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra referência está relacionado ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Receber o apoio de uma equipe multiprofissional é percebido nesse estudo como uma abordagem essencial no tratamento do transtorno mental e para tanto o feedback de informações clínicas, plano terapêutico e proposta de acompanhamento deve ser entendido com um fluxo constante. Apenas dessa forma o usuário poderá usufruir de forma integral a assistência em saúde. Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS.

As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social. Dessa forma, o CAPS pode e deve articular com as ESFs o cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial.

Assim, acredita-se que os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Nesse contexto cabe ao médico da família não apenas a mera supervisão do tratamento, mas sim um papel ativo propondo ajustes no plano terapêutico quando necessário e fortalecendo sua atuação ao coibir o abuso de fármacos psicotrópicos. Ainda na discussão dos resultados apresentados, fica evidente a insegurança do médico de família em reconhecer e tratar a patologia psiquiátrica.

A falta de capacitação continuada rapidamente produz um profissional desatualizado que diante do grande fluxo de conhecimento presente nos dias atuais sente-se acuado no “front” da atenção primária e renega-se ao atuar apenas como mero repetidor de prescrições. Essa perda de protagonismo é prejudicial tanto para o profissional que sente-se desestimulado e frustrado quanto para o usuário que deixa de receber sua assistência integral e permanece na inércia terapêutica e em uso de psicofármacos por período muito além do preconizado na literatura especializada.

A qualificação contínua é entendida como parte do trabalho do profissional de saúde, essa possibilita ao profissional o empoderamento necessário e suficiente para a prática clínica. Inúmeros são os instrumentos diagnósticos disponíveis para o médico de família no campo da saúde mental. Com especial atenção cita-se aqui o M.I.N.I. (Mental International Neuropsychiatric Interview), um instrumento de fácil aplicação e que em validações mostrou-se eficaz em melhorar a precisão do diagnóstico e a adequação da escolha terapêutica em atenção primária e em psiquiatria. O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas).

A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. O MINI e sua versão Plus

são adaptados ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representam uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos. O MINI já está disponível em aproximadamente 30 idiomas, incluindo a versão brasileira.

Ainda como forma de empoderamento terapêutico do profissional da atenção primária, resgata-se o conceito de matriciamento. Uma das principais estratégias desenvolvidas pelos CAPSs para articular a rede de cuidados é a realização do Apoio Matricial ou Matriciamento, compreendido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini, 2011, p.13).

No campo da saúde, a palavra matricial indica a possibilidade de “sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde” (Campos & Domitti, citados por Penido, Alves, Sena, & Freitas, 2010, p. 472). Ao oferecer esse serviços o CAPS objetiva evitar internações psiquiátricas, articular a rede para garantir os direitos dos usuários e prestar suporte/apoio às demais unidades de atendimento na rede básica de saúde. Desta forma, os CAPSs devem ser, dentro de sua área de abrangência, os principais articuladores da rede de atenção e política de saúde mental (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

CONCLUSÕES

A alta prevalência do transtorno mental na população propõe que não seria adequado que apenas serviços especializados sejam responsáveis por atender essa demanda. Diante desse quadro é esperado que o médico de família preste os primeiros, e muitas vezes únicos, cuidados aos usuários que procuram as unidades de saúde em busca de alívio do sofrimento psíquico.

Insegurança no estabelecimento do diagnóstico, suporte especializado deficiente e falta de qualificação continuada parecem ser fatores associados a inércia terapêutica entre os entrevistados. Promover a capacitação do profissional da atenção primária de forma que o mesmo perceba-se capaz de diagnosticar, tratar, intervir e acompanhar o plano terapêutico constitui-se como uma ação estratégica na rede de cuidados em saúde mental para evitar a inércia terapêutica. A aplicação de instrumentos diagnósticos como M.I.N.I. (Mental International Neuropsychiatric Interview), entre inúmeros outros disponíveis, pode ser útil como plano para evitar a inércia terapêutica e otimizar o cuidado ao paciente com transtorno mental.

Fortalecer o relacionamento horizontal entre as ESFs e a rede CAPS através do sistema de referência e contra-referência também mostra-se essencial uma vez que garante a integralidade na atenção médica. Por fim acredita-se que esse estudo mostra uma pequena parte da realidade da atenção primária e da saúde mental no município de São Sebastião do Cai. Esforços por parte dos gestores e profissionais da rede de saúde são esperados como meio de aprimorar a assistência de saúde no município. Novos e mais completos estudos fazem-se necessários a fim de traçar um perfil epidemiológico sobre o qual será possível construir uma agenda de ações eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, A. A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
2. SANTOS, É.G. ; SIQUEIRA M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009, 2010.
3. NASTASY, et al, Diretriz abuso e dependencia de Benzodiazepinicos, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.
4. SARACENO, et al, Benedetto; Asioli, Fabrizio; Tognoni, Gianni, Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária / Manual of mental health: basic guide for primary care. São Paulo; HUCITEC; 1994. 83 p. ilus. (Saúdeloucura, 9).
5. FLORA LÓPES-SIMARRO, Inercia terapéutica. Causas y soluciones. Área Básica de Salud Martorell, Martorell, Barcelona, España. Hipertens riesgovasc. 2012;29 (Supl 1):28-33.
6. LUCHETTA, Rosa Camila; Mastroianni, Patricia de Carvalho. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: Uma revisão. Revista de Ciências Farmaceuticas Basica e Aplicada, v. 33, n. 2, p. 165-169, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/73728>>
7. SOUZA, R.R. , O sistema de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. Sao Paulo: Sobravime, 2002, p. 441-469.
8. SILVEIRA, DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Rio de Janeiro; 2003. Mestrado [Dissertação] — Fundação Oswaldo Cruz.
9. AOSANI, T.R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde vol.5 no.2 Campo Grande dez. 2013.
10. CADILHE S. Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. Rev Port Clin Geral 2004; 20:193-202.
11. SIMON, E. G. et al, Impact on Depression in Primary Care.JAMA. 1995;273(13):1026-1031. doi:10.1001/jama.1995.03520370068039, 1995.
12. CHIAVERNI, D. H. (Org.). (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

13. PINTO, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G, P., Bastos, V. C. B. & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660.
14. ONOCKO-CAMPOS, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.
15. JULIANI CMCM, CIAMPONE MHT. Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.
16. PENIDO, C. M. F., ALVES, M., SENA, R. R. & FREITAS, M. I. F. (2010) Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em Debate*, 34(86), 467-474.
17. AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, n.3, pp.106-115. ISSN 1809-

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelo pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Questionário:

Avaliação geral qualitativa da prescrição de psicofármacos na estratégia de saúde da família.

1- Você atende usuários com demanda de atendimento em psiquiatria?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

2- Você costuma prescrever medicamentos psicotrópicos quando realiza diagnósticos de patologias psiquiátricas?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

3- Você revisa tratamentos de pacientes adstritos a sua ESF que realizam tratamento psiquiátrico com especialista:

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

4- Você propõe mudanças ou ajustes de dose a pacientes em acompanhamento psiquiátrico na ESF?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

5- Você se considera apto a diagnosticar e tratar patologias psiquiátricas?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

6- Você costuma referenciar pacientes psiquiátricos para tratamento em unidades especializadas, como CAPS por exemplo?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

7- Você costuma receber contra-referência de unidades especializadas para acompanhamento e manutenção de tratamento de pacientes na ESF?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

8- Você considera a abordagem multidisciplinar importante no tratamento do pacientes com patologia psiquiátrica?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

9- Você considera sua equipe de ESF qualificada para o acolhimento de pacientes psiquiátricos ?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()

10- Lhe é ofertado algum tipo de qualificação continuada quanto ao manejo e/ou atualização das patologias psiquiátricas mais prevalentes?

Sempre () Frequentemente () Raramente () Às vezes () Nunca ()